**革新的医療技術研究開発推進事業（産学連携型）　WS参加申込書**

日本医療研究開発機構　研究開発統括推進室基金事業課　御中

WSに参加したいので、以下のとおり参加申込書を提出します。

（記載上の留意事項）

* 本WS及びその後のマッチングスキームにより得られるすべての情報については、公開情報を除き、本プロジェクトにおけるWS及びマッチングのみに使用し、それ以外の目的で第三者に開示しません。

●参加代表者について記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |
| 所属・役職 |  |
| 氏名 |  |
| 電話 |  |
| e-mail |  |

●同行者（複数者参加の場合、以下に記入してください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 氏名 |  |
|  | 所属・役職 |  |
| ② | 氏名 |  |
|  | 所属・役職 |  |
| ③ | 氏名 |  |
|  | 所属・役職 |  |
| ④ | 氏名 |  |
|  | 所属・役職 |  |
| ⑤ | 氏名 |  |
|  | 所属・役職 |  |

※赤文字の注意書きを削除し、1つのA4版pdfファイルとしてAMEDに登録してください。

※AMEDに登録する際、メール件名は「WS参加【団体名】担当者氏名」、添付ファイル名は「様式I【企業略名】担当者氏名\_#」（#は通し番号）としてください。

※枠内に、フォントMeiryo UI、文字サイズ10.5pt程度の文字で記入してください。

※必要に応じてセル高・行数を調整していただいて差し支えありませんが、セル幅・列数は変更しないでください。

※全ての連絡は、参加代表者のみに行います。同行者の方で直接連絡を希望する場合は、同行者欄には記載せず、参加代表者として別途参加申込願います。